

お名前: \_\_\_\_\_

1. 今日はどうの様な事で来院されましたか？  
( )
2. その症状はいつ頃からありましたか？  
( )
3. 症状が始まったきっかけはありますか？  
( )
4. 同じような症状で他の診療所や病院へ外来受診・入院加療した事がありますか？また、それはいつ頃ですか？  
( ) 入院 ・ 外来 ( ) 歳頃  
( ) 入院 ・ 外来 ( ) 歳頃  
( ) 入院 ・ 外来 ( ) 歳頃
5. 現在服用している薬はありますか？また、どちらで処方された薬ですか？  
薬剤名 ( )  
診療所・病院名 ( )
6. いままでに大きな病気やけがをした事がありますか？またいつ頃ですか？  
( ) ( ) 歳頃  
( ) ( ) 歳頃  
( ) ( ) 歳頃
7. お酒は飲みますか？一日の飲酒量はどれくらいですか？  
日本酒 ・ 焼酎 ・ ビール ・ ワイン ・ ウイスキー (一日量 )
8. タバコは吸いますか？一日何本くらい吸いますか？  
( 本/1日)
9. 薬のアレルギーはありますか？  
ない ・ ある ( )
10. ご家族についてお尋ねします・  
ご兄弟 いない ・ いる →何人兄弟の何番目ですか？ ( )  
ご両親 いない ・ いる →同居している ・ 同居していない ( )  
お子さん いない ・ いる →同居している ・ 同居していない ( )  
他に、同居している人(家族以外も含む)はいますか？ ( )
11. 出身地はどちらですか？ ( )
12. 一番最後に卒業した学校はどちらですか？ ( ) 卒業 ・ 中退
13. 学生の頃の成績はいかがでしたか？ 良 ・ 不良 ( )
14. 卒業後、どのような仕事につきましたか？ ( )
15. ご結婚はされていますか？何歳で結婚されましたか？ ( )
16. 血縁関係のあるご家族の中で精神科・神経科等に受診された事のある方はいますか？ ( )
17. ご自身及びご家族で糖尿病を指摘されたことのある方はいますか？ ( )
18. 本日受診に同席されている方はいますか？どなたですか？(無 有: )